

---

---

# ПСИХОТЕХНИКА

---

В.И. Олешкевич

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОЦЕССОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕХНИЧЕСКОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ

---

**Аннотация:** в статье исследуется проблема психологической реабилитации как культурно-историческая проблема, затрагивающая широкие области жизни современного человека. В этой связи изучается понятие психологической реабилитации и организация психологической реабилитации в современной медицине, в частности, в наркологической клинике. Исследуются различные подходы к организации реабилитации и осуществляется их психотехнический анализ, изучаются возможные уровни организации реабилитационного процесса в наркологии, их методология, а также их соответствующий реабилитационный потенциал и показывается особое значение экзистенциального уровня организации психологической реабилитации. Делается вывод о возможности использования такой методологии в построении реабилитационных программ также и в других областях медицины и социальной практики.

**Ключевые слова:** психология, психотехника, реабилитация, психотерапия, наркология, самоосознание, подкрепление, реабилитационный потенциал, реорганизация, фрустрация.

**П**роблема психологической и социальной реабилитации начинает занимать все большее место в современных западных обществах и не только в рамках медицины. Существуют различные подходы к реабилитации инвалидов, бывших заключенных, несправедливо осужденных, репрессированных и т.п. Сегодня существуют самые различные формы и направления реабилитации как в рамках медицины, так и далеко за ее пределами<sup>1</sup>. Но, к сожалению, не существует достаточно глубоких и серьезных подходов к пониманию сущности психологической реабилитации, понимания потребностей в реабилитации определенных групп населения и в целом человека в современном обществе. Обычно дело ограничивается апробированием методологически слабо обоснованных методик и, так называемых, реабилитационных программ<sup>2</sup>. Очень мало работ

по культурологии и социологии реабилитации. Так же обстоит дело и с собственно медицинским обоснованием реабилитации в соответствии с новыми направлениями развития медицины и новых путей ее собственного самоосознания.

Современная медицина остается преимущественно биологически ориентированной. Внутри нее хорошо обоснована, например, собственно биологическая реанимация в смысле восстановления жизни человека и биологическая реабилитация жизненно важных функций организма. Но лечение не всегда заканчивается полным восстановлением здоровья. В таких случаях пациенту нужно как-то дальше жить с новым для него соматическим статусом. И вот здесь та биологическая концепция жизни, которая используется в медицине, уже ничем не может помочь. Хирург ампутировал конечность пациента с точки зрения врачебного искусства вполне обоснованно и квалифицированно, но далее его квалификация и профессиональный интерес заканчиваются. Он сохранил жизнь пациенту и тем самым оказал ему неотложную медицинскую помощь. Но психическая жизнь человека может оказаться вследствие такой помощи в настоящей опасности. А это значит, что

---

<sup>1</sup> Гуревич И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожилова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М, 2004.

<sup>2</sup> Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. Том 15. Вып. 1. 2005. С. 100-104.

жизнь есть нечто большее, чем жизнь организма. Это становится все более очевидно в клинической психологии, психотерапии, психиатрии, да и в соматической медицине, которая шаг за шагом осознает свою психосоматическую природу. Но в традиционной медицине общепринят объектный подход к пациенту, здесь врач имеет дело с телом, которое нуждается в лечении. Психосоматический подход к жизни должен предполагать также и участие психики пациента во всем лечебном процессе. Психологическая реабилитация здесь будет означать не просто восстановление психологического статуса пациента до болезни (который часто уже невозможно восстановить), но углубление и развитие психической жизни индивида, а также ее значительную переориентацию.

В данной статье мы попытаемся осуществить некоторый методологический анализ феномена психологической реабилитации и соответствующего ему понятия на материале преимущественно наркологической клиники, где проблема организации реабилитации особенно актуальна. Рассмотрим вначале ситуацию в практике реабилитации как она сегодня сложилась в наркологической клинике. Программы реабилитации, которые представлены в современной наркологии, обычно психологически очень слабо обоснованы, синкретичны и часто почти не ориентированы на личность и индивидуальность больных. Они напоминают супермаркет, где на продажу выставляется множество товаров. Здесь и йога, и транзактный анализ, дзен-буддистская медитация и психоанализ, оккультизм и арт-терапия и т.д. и т.п. Все, что есть на рынке, выставляется на продажу руководителями реабилитационных центров. И продавцы этих услуг полагают, что каждый вновь прибывший клиент всегда найдет в этом супермаркете услуг нечто для себя интересное и подходящее. Но как всякому продавцу, реабилитационному центру хочется продать как можно больше услуг, поэтому пациентов стремятся привлечь в возможно более широкий круг «реабилитационных мероприятий».

В таком подходе к реабилитации работает логика маркетолога и менеджера соответствующих медицинских услуг. Понятно, что йога не создавалась для лечения алкоголиков, арт-терапия — для лечения наркоманов и т.п. Но маркетолог мыслит с точки зрения своего бизнеса. Ему, по крайней мере, нужно проверить, а может люди как раз и придут на йогу и арт-терапию. И, оказывается, действительно идут. Поэтому на этом рынке логично себе представить все, что угодно, от вышивания гладью, до снятия сглаза.

Так, после осуществления детоксикации организма, химически зависимые пациенты начинают активно вовлекаться в такого рода разнообразные реабилитационные программы. Здесь дело может обстоять по-разному. Может случиться так, что клиент, вовлекаясь в определенную «реабилитационную программу» должен пройти всю совокупность предусмотренных ею процедур, пусть они и не связаны друг с другом, и эклектичны по своему содержанию. Или же у клиента может быть выбор, и тогда он попадает в какую-то одну психотехническую ячейку реабилитационного центра. То есть, в этом случае, он как будто бы попадает туда, где ему интересно и как будто находит то, что ему более или менее подходит, хотя все эти процедуры могут приниматься (особенно инфантильными пациентами) как просто времяпрепровождение и развлечение. Так что, в лучшем случае, так организованная реабилитация может являться терапией занятостью.

Правда, в таком положении дел в практике реабилитации есть и положительные, развивающие ее стороны. Поскольку существует широкий круг запросов в такого рода услугах, то и реабилитационных центров существует много. Каждый центр предлагает различного рода композиции определенных видов реабилитации и соответствующих терапевтических техник. Где-то йога сочетается с психоанализом, где-то гештальт-терапия сочетается с физиотерапией, а бихевиоральная психотерапия с медитацией и т.д. и т.п. В рамках практики функционирования реабилитационных центров эти сочетания реабилитационных техник подвергаются испытанию на эффективность. Это же касается и отдельных направлений психотерапии. Понятно, что гештальт-терапия не создавалась для лечения алкоголиков. Но все-таки почему же не испытать ее возможности на этом клиническом материале.

Таким образом, это и ситуация для испытания различных видов психотерапии. Сталкиваясь с наркологической клиникой, например, гештальт-терапия (транзактный анализ, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, психосинтез и т.п.) вынуждена к ней адаптироваться и, соответственно, сама меняться, развивать свои средства психотехнического влияния, углублять свою способность психологического понимания, а также расширять свои возможности именно реабилитационной эффективности. Так что исследуя практику реабилитации, например в клинике алкоголизма, мы уже можем встретить не просто гештальт-терапию, но гештальт-терапию развитую и адаптированную к требованиям соответствующего клинического материала. Даже психоанализ должен заново анализировать свои теории и

модифицировать методику, сталкиваясь с анализом зависимостей<sup>3</sup>.

С другой стороны, каждое направление психотерапии привлекает наркологических пациентов особого типа. В общем уже давно было известно, что каждое направление психотерапии имеет «своих» пациентов и некоторым образом ориентируется на них. Так что, в некотором роде, все направления психотерапии имеют право на существование. В наркологии, в связи с таким положением дел, в практике реабилитации мы имеем различные направления, стратегии, тактики и формы реабилитации. Эти направления психотерапии и реабилитационные программы могут достаточно продуктивно конкурировать на рынке наркологических услуг, взаимно обогащаясь и развиваясь как в методическом, так и в клиническом отношении.

Но все же, в целом, в реальной практике реабилитации никакая чистота направлений ни в практическом, ни в теоретическом плане не выдерживается, в реальности мы имеем лишь эмпирические конгломераты различных видов психотерапии, различных психотехник и идеологий, которые, отнюдь, не представляют собой реабилитационные программы в собственном смысле слова. Они синкретичны и методологически не рефлектированы. Но каждое направление психотерапии имплицитно содержит в себе цель психотерапии, свое представление о здоровье, болезни и реабилитации, но все специалисты этих направлений обычно «утоплены» в свои ограниченные психологические онтологии.

Это общая образовательная проблема «психологов-практиков», «психотерапевтов» и, конечно, врачей. Их понимание обычно ограничивается методикой и особенностями клиники. Для них нет никаких проблем в соединении двух методик, лишь бы был какой-то видимый эффект. Но в действительности за методикой всегда стоит некоторое представление о человеке, болезни и т.п. Отсюда следует синкретичность, ограниченность и прямая неадекватность многих подходов к психологической реабилитации в

наркологии и не только в наркологии. Сегодня можно сказать со всей ответственностью, что ни одна школьная психотерапия не является адекватной и продуктивной в наркологической клинике, ни психоанализ, ни гештальт-терапия и т.п. здесь не работают в чистом виде. Но и те специалисты, которые сумели как-то адаптировать некоторые методы к наркологической клинике, обычно не могут все это грамотно описать. Все это говорит о необходимости существенной перестройки клиничко-психологического образования. Та школьная система, которую мы переняли с западного рынка психологических услуг, на новом клиническом материале уже не работает. И в западной психотерапии ведущими становятся, так называемые, эклектические направления психотерапии. Также и в наркологической клинике психолог должен владеть целой совокупностью методик и техник, понимать их генезис и уметь их адекватно конфигурировать в каждом конкретном клиническом случае. Но для рефлектированного обучения такой работе необходим анализ психотерапии в целом, выделение ее базовых элементов, ценностей, процессов, техник и т.п. Такой подход в психотерапии открывает путь для подготовки клинических психологов нового уровня. Он также открывает и новые возможности для проектирования эффективных реабилитационных программ, а также приводит к более глубокому пониманию сущности психологической реабилитации. Такой парадигматический анализ форм и методов реабилитации (прежде всего, психотерапевтических методов) может стать одним из отправных пунктов для понимания реабилитации как целостного процесса, соответствующей ее сущности и структуры.

Таким образом, в клиничко-методологическом плане с этим многообразием подходов нужно что-то делать. Это психотехническое и телеологическое разнообразие важно осознать и рефлектировать. Но этого не могут сделать ни врачи, ни психологи, поскольку они всегда ограничены своими профессиональными и образовательными ориентирами и стандартами. Задача же состоит в том, чтобы данное психотехническое разнообразие было отрефлектировано, прежде всего, генетически, функционально и структурно. А для этого каждая психотехническая процедура должна быть осознана и проанализирована с точки зрения возможной ее функции в некотором целом реабилитационного процесса. Таким образом может быть проанализирована и описана функциональная структура эмпирического реабилитационного процесса в синхроническом разрезе. Для осуществления такого анализа необходимо встать в некоторую метапозицию по отношению ко всем социальным, профессиональ-

<sup>3</sup> Джекобсон Дж. Преимущества полимодального подхода к пониманию аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000. С. 196-212; Люрссен Э. Проблема наркомании с точки зрения современного психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. М.: Когито-Центр, МГМ, 2001. С. 103-133; Сэбшин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000. С. 13-27; Херст Д.М. «Переходные» и «аутические» феномены при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000. С. 183-195.

ным и культурным позициям, присутствующим в рамках эмпирического реабилитационного процесса, то есть необходимо встать над отдельными предметами и задачами реабилитации, чтобы изнутри понимания целого (реабилитации в целом) понять аналитически существующую сегодня эмпирическую практику реабилитации. Именно из такой метапозиции может быть построена новая межпредметная область, область, описывающая теорию и практику реабилитации — *реабилиталогия*.

Но для осуществления этой задачи необходимо каким-то образом вначале попытаться понять, что такое реабилитация вообще, в целом, каковы ее элементы, уровни, грани, какова ее структура и в чем ее сущность. Для решения этой задачи используем феноменологический метод и применим его к различным областям медицины, где процессы реабилитации имеют самостоятельное и общепризнанное значение. Попытаемся извлечь из этого материала некоторые значимые элементы феномена реабилитации в целом и построить из них некоторую уровневую структуру организации реабилитации или выделить ее грани и одновременно будем примеривать эти элементы или уровни реабилитации к наркологической клинике.

\*\*\*

Проблема реабилитации, наверное, впервые как широкая медико-социальная проблема была осознана в психиатрии. В психиатрии очень рано обнаруживается, что после выписки из больницы, даже в случае достаточно удачного лечения, пациент оказывается неприспособленным к жизни в условиях той социальной реальности, в которую он попадает. Реабилитационные программы появляются и в советской психиатрии. В них, естественно, не было какого-то особого разнообразия. Реабилитационная программа включала в себя терапию средой (то есть организацию благоприятного для социально-психологического восстановления пациентов терапевтического сообщества, в эту среду входила также трудотерапия, социотерапия, клубная работа и другие коллективные виды деятельности по интересам), биологическую терапию, психотерапию (в том числе и групповую), семейную психотерапию, причем, обычно отдельно выделялась трудотерапия и т.п.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. Л.: Медицина, 1985; Кабанов М.М. Рецензия на книгу А. Плегера «Терапевтическое сообщество в психотерапии и социальной психиатрии». (Штуттгарт, 1972) // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975. С. 119-123; Ковалев В.В. Психический дизонтогенез как клинично-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста // Журн. невропатол. и психиатр. 1981. Вып. 10. С. 1505-1509; Коцюбинский А.П. Контингенты

Близкий подход наблюдается в советской психиатрии и по отношению к алкоголизму. По аналогии с эндогенными психозами тяга к алкоголю начинает пониматься как имеющая биологическую природу. В этом же духе переносится на проблемы алкоголизма из большой психиатрии и роль наследственности. Здесь использовалась терапия трудом, занятостью и различные запретительные процедуры, помимо фармакологической терапии. Сегодня почти все эти мероприятия продолжают использоваться в реабилитационных программах. Добавилось использование социально-бихевиоральных и когнитивных психотехник. Этот уровень реабилитационной работы можно назвать социально-когнитивным или социально-бихевиоральным.

На Западе психиатрия развивалась другими путями. На нее большое влияние оказывает психоанализ и глубинная психология в целом, а затем и гуманистическая психология<sup>5</sup>. Огромное влияние на разработку новых подходов в реабилитации в широких социальных масштабах, а также на развитие детской психологии и психиатрии оказывает А.Адлер<sup>6</sup>. Серьезное воздействие на психиатрическое мышление оказывает движение антипсихиатрии 60-х годов, ряд компаний в западной прессе против стигматизации психических больных, а также постепенно формирующийся гуманистический подход к шизофрении<sup>7</sup>. Помимо новейших подходов западной психотерапии во второй половине 20-го века большое влияние на формирование реабилитационных программ оказывают также сообщества инвалидов, больных и их родственников, а также различного рода правозащитные организации (сообщества слепых, родственников психотических больных, детей аутистов, анонимные алкоголики и т.д. и т.п.). Надо отметить, что эти движения стали реакцией на беспомощность психиатрии в ее подходах к реабилитации психических больных, а также на ее репрессивность. Все эти влияния приводят к формиро-

---

и организация работы дневных (ночных) стационаров // Полустационарные формы психиатрической помощи / Под ред. С.Б. Семичова. Л.: Медицина, 1988. С. 81-103.

<sup>5</sup> Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: монография. М.: Эскиммо-Пресс, 2000; Финзен А. Психоз и стигма. М.: Алетейя, 2001; Юнг К. Г. Практика психотерапии. М.: АСТ; СПб: Университетская книга, 1998.

<sup>6</sup> Адлер А. Наука жить. К.: Port-Royal, 1997; Олешкевич В.И. Индивидуальная психология и психотерапия Альфреда Адлера. Учебное пособие. М.-Обнинск, 2010.

<sup>7</sup> Лэинг Р. Расколотовое «я». СПб: Белый кролик, 1995; О'Брайен Б. Необыкновенное путешествие в безумие и обратно: Операторы и Вещи. М.: Класс, 1996.

ванию подхода к реабилитации как многостороннему и многоуровневому процессу. Реабилитация теперь начинает пониматься как по возможности исчерпывающая реабилитация больных и инвалидов, то есть как не только социальная реабилитация, но также и реабилитация личностная, а также реабилитация индивидуальности.

Таким образом, здесь речь идет уже не о непосредственной социализации этих пациентов, но о развитии и закреплении у них осознания собственной индивидуальности. Пациентов учат принимать себя такими, каковы они есть, им прививают ценность самопознания и т.п., им ищут подходящую принимающую и развивающую среду. Это путь самоосознания, самопринятия и на этой основе организации нового способа и образа собственной жизни. Это уже уровень экзистенциальной реабилитации. Подобный уровень реабилитации существует и в наркологической клинике или имеет право на существование. Более того, подобный уровень анализа и терапии здесь часто просто необходим. Например, после того, как по отношению к пациенту было применено гипнотическое программирование (кодирование) или другие запретительные процедуры (или перед этими процедурами) обязательно необходима некоторая экзистенциальная терапия, иначе подавленная психическая энергия может реализоваться в совершенно непредсказуемых направлениях и оказать разрушительное влияние на психику пациента и его социальные отношения. Таким образом, реабилитационные процедуры извне должны дополняться соответствующими процедурами изнутри психики пациента и наоборот.

\*\*\*

Одной из первичных задач реабилитации является осознание, познание и принятие существования болезни, наличия дефекта и т.п. В каждом отдельном случае это достаточно трудно выполнимая задача. Если у человека ампутировали ногу или руку, ему очень не легко с этим внутренне смириться. Несмотря на в целом удачное биологическое лечение и благоприятный прогноз, он не чувствует себя здоровым, хотя биологически он совершенно здоров (если не считать анатомических и косметических дефектов тела). После операции у таких пациентов наступает период отчаяния и агрессивности, их пронизывает глубокая тревога за свое новое положение в жизни. Люди, оказавшиеся в таком положении, понимают, что вести тот образ жизни, который они вели до болезни, они уже не могут<sup>8</sup>. Они также чувствуют,

что после операции изменился также их социальный и психологический статус в обществе. Например, цирковой артист, которому вынуждены были ампутировать ноги понимает, что его карьера как циркового артиста (по крайней мере в том виде, какой она была до болезни) закончилась. А поскольку с профессией у таких людей часто связывается вся жизнь, то они невольно приходят к выводу, что теперь закончилась и их жизнь, по крайней мере, тот образ жизни (и связанный с нею образ самого себя), с которым они себя до сих пор идентифицировали.

Для того чтобы восстановить себя в таком состоянии, человек должен разотождествиться с профессиональным, телесным и социальным образом себя. Оказавшись в таком положении, люди обычно вспоминают себя в прошлом, в хорошей физической форме, видят себя успешными и эффективными и испытывают травмирующие их страдания о том, что теперь все это ушло. Человек оказывается привязан к образу себя в прошлом и к своему прошлому в целом, он идентифицируется с внешними выражениями себя и социальным признанием в прошлой части жизни. Но скоро, при удачном стечении обстоятельств, он может посмотреть на себя и на свою жизнь и более отстраненно. «Философски». Тогда он может сказать: «Да, это все было и там осталась некая часть меня, но, во-первых, это не весь я, а, во-вторых, я понимаю, что я есть не просто его внешние репрезентации, но нечто внутреннее, то, что никогда до конца не отчуждается и не объективируется». Тогда он может не только глубже понять себя, но и открыть в себе скрытые до сих пор резервы, когда-то оставленные желания и замыслы и таким образом может обнаружить внутреннее экзистенциальное основание для новой жизни. В этом случае может начаться процесс восстановления. Так что, такие люди могут прожить две жизни.

Большое значение в хирургической клинике имеет нарциссическая травматизация пациентов. Они вместе с ампутацией частей тела приобретают и нарциссическую травму. Вместе с ампутацией части тела у них ампутируется годами складывавшийся образ собственной личности, определенный устойчивый образ жизни, который как бы уже прирос к человеку, сросся с ним. И этот годами отработанный и подтверждаемый в опыте образ себя, связанный с социально значимыми системами деятельности и общения в один момент разрушается, а вместе с ним рушится все, что, как кажется человеку, держало его на земле. На основе таких травматических переживаний могут формироваться негативные, невротические и непродуктивные способы восстановления

<sup>8</sup> Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Московского университета, 1987.

жизнедеятельности таких пациентов. Тогда у них будет сохраняться ярко выраженная нарциссическая уязвимость, чувство неполноценности и болезненное отношение к окружающим людям. Это ведет к перманентному переживанию чувства неполноценности и нарциссической обиды, реактивной агрессивности и раздражительности и, наконец, к окончательной инвалидизации.

Несколько более продуктивным способом самореабилитации таких больных является путь реактивной гиперкомпенсации. В этом случае человек уходит от травматических переживаний посредством максимально полного погружения в компенсирующую его переживания неполноценности деятельность. И такой уход от травмирующих индивида переживаний имеет определенный восстановительный (реабилитационный) потенциал<sup>9</sup>. Но здесь гармоничному развитию человека мешают слишком ригидные структуры самосознания и самооценки, а также навязчивое бегство индивида от непосредственных переживаний себя. Поэтому все-таки наиболее продуктивный и психогигиеничный способ реабилитации может быть осуществлен только на основе разрушения нарциссической привязанности к старому образу себя, устранения нарциссической травматизации, на базе переосмысления индивидом собственной жизни и непосредственного обращения к своей внутренней самости. Тогда человек начинает строить свою жизнь не реактивно, но исходя из своих более глубоких и наиболее подлинных потребностей, которые осознаются на уровне непосредственных и спонтанных переживаний.

С аналогичными проблемами сталкивается и нарколог. Здесь тоже пациент должен расстаться с алкоголем, наркотиком и т.п. и соответствующим образом жизни, причем часто расставание это вынуждено, например, из-за определенной соматической болезни и т.п. Это похоже на то, как будто у человека ампутируют часть его личности. Но потеря также пробуждает самоосознание и поиск иных, более глубоких, экзистенциальных оснований и ценностей жизни. А. Адлер говорил в этом случае о необходимости изменения стиля жизни, в основе которого лежит жизненная цель (соответственно, необходимо изменить и эту цель)<sup>10</sup>. В данном случае, самоосознание запускается в ответ на потерю и это еще один экзистенциальный уровень или еще одна грань реабилитации. В таких

случаях, на основе почти автоматически запускаемой регрессии может быть организовано самоосознание скрытых или оставленных ранее побуждений и потребностей пациента, оттесненных аспектов его самости и т.п. При правильной организации такого процесса, такое осознание может происходить почти реактивно. Затем важно организовать принятие данных этого самоосознания, а также его ориентацию на социально и культурно значимую деятельность. И только одним из механизмов реабилитации на этом уровне может быть механизм компенсации.

Похожую ситуацию можно наблюдать и в случае хронической болезни. Здесь больной тоже сталкивается с потерей своего прежнего физического статуса (а иногда, и физического облика). Он теперь много чего не может себе позволить, находится на искусственной почке и т.п. А вслед за изменением физического статуса у него разрушается и привычный образ себя. Человек получает мощную нарциссическую травму. На этом фоне начинают возникать суицидальные мысли, а массивные защитные образования преграждают доступ к непосредственным травматическим переживаниям. Самое большее, что в этой ситуации обычно делает персонал клиники, так это пытается отвлечь таких больных от скорбных и депрессивных мыслей и пытается занять их различными отвлекающими видами деятельности.

Следует отметить, что врачи и медсестры сами боятся этих депрессивных состояний больных и не способны их обсуждать. И это связано не просто с жалостью к пациентам, но и с проекцией медицинским персоналом на эту ситуацию собственных страхов увечья и смерти. Поэтому, обсуждая с родственниками пациентов проблемы их психологической реабилитации, они чаще говорят о необходимости отвлечения внимания больных от травмирующих их психологических переживаний, а также о необходимости поиска посильных для таких больных компенсаторных видов деятельности. И родственники обычно с этим соглашались, поскольку сами тоже боятся столкнуться с непосредственными переживаниями больных.

Сами пациенты эту ситуацию обычно понимают и даже могут сознательно (или бессознательно) потакать пожеланиям врачей и родственников. Так что, если психологическая реабилитация таких пациентов и происходит, то она осуществляется помимо воли и сознания врачей. Процессы психического восстановления и даже развития личности больных начинаются с того, что некоторые больные находят в себе силы посмотреть «прямо в глаза» своей болезни или своему физическому (или психическому дефекту). Это чаще

<sup>9</sup> Адлер А. Наука жить. К.: Port-Royal, 1997; Олешкевич В.И. Индивидуальная психология и психотерапия Альфреда Адлера. Учебное пособие. М.-Обнинск, 2010.

<sup>10</sup> Там же.

всего происходит у пациентов с достаточно высоким уровнем толерантности к фрустрации. И такой прямой и непосредственный взгляд на болезнь и свое нынешнее состояние может стать отправной точкой для спонтанного развития процесса самореабилитации. Если же находится еще и помощь со стороны, то этот процесс продвигается еще быстрее.

Но принятие болезни (дефекта) не означает в этом случае просто согласие со сложившимся положением дел на рациональном уровне сознания. Принятие болезни означает здесь ее также эмоциональное и экзистенциальное принятие как *своей* болезни или дефекта, который не обойти и с которым нужно жить. Это состояние хорошо описывает термин христианской аскетики «смирение». Принимая таким образом болезнь, человек может шире посмотреть на себя и на мир, переосмыслить свои привычные представления и у него появляется возможность строить свою жизнь на более широких и более глубоких экзистенциальных основаниях. Негативный аспект реабилитации таких пациентов состоит в том, что они компульсивно концентрируются только на проблеме выживания, так что ценность выживания как бы затмевает все иное. Это приводит к сужению восприятия, перманентным страхам за свою жизнь, постоянной тревоге и настороженности и постоянно-му ипохондрическому настроению. Такому повороту событий часто способствует и медицинский персонал клиники, а также родственники больного, особенно посредством проявления к нему постоянного чувства жалости. А это индуцирует у пациентов излишние страхи по поводу своего здоровья, а также чувства беспомощности и безнадежности.

В таких ситуациях человек часто непосредственно осознает близость смерти, здесь же медицинский персонал сталкивается непосредственно с опытом умирания. Но такие экзистенциальные ситуации имеют и огромный реабилитационный потенциал. Вступая в диалог со смертью, пациент может радикально переосмыслить свою жизнь. И если он выживает, то начинает жить уже совершенно по-другому. В наркологической клинике аналогичные ситуации или близкие к ним не являются большой редкостью. И они имеют огромный реабилитационный потенциал, который психотерапевтически часто вовсе не используется.

\*\*\*

В рамках медицинской антропологии можно представить себе два типа онтологических представлений о человеке и его болезни. Первая онтологическая картина будет выглядеть следующим образом. Есть человек и его жизнь и вдруг появляется болезнь. В появлении

болезни может быть много самых разных причин, инфекции, травмы, эндогенные причины и т.п. Но в рамках этой картины болезнь воспринимается как нечто чуждое человеку. В таком представлении о болезни сказывается некоторая особенность устройства европейского самосознания. И действительно, в европейской медицине болезнь изолируется от человека и благодаря этому подвергается объективному исследованию. И сегодня на определенные группы болезней мы имеем соответствующих специалистов-врачей. В рамках такой онтологической картины происходит и интерпретация заболеваний. В рамках такой картины болезнь всегда приходит, вот люди заражаются гриппом (пришла инфекция) или вот человек упал и сломал руку (несчастный случай), или начался какой-то еще до конца неизвестный эндогенный процесс и у людей появляется бред, галлюцинации или депрессия. Это значит, что пришла болезнь и ее нужно лечить. В этой модели человек рассматривается как пассивный реципиент различных болезней. В рамках такой медицинской концепции формируется характерная и, пожалуй, имманентная для нее аппозиция, а именно, болезни происходят или изнутри организма, или привносятся в него извне. В компромиссном случае, болезни привносятся извне, но на подходящие внутренние условия. И в последующей европейской медицине аппозиция внешних и внутренних факторов болезни имеет фундаментальное значение. Именно такая объективация болезни позволила развернуть в полную силу те исследования, которые привели к новым достижениям современной медицины.

Психическое расстройство эндогенного или экзогенного характера в рамках этой онтологической картины может представляться также следующим образом: человек жил более или менее нормальной жизнью до некоторого момента, но именно в этот момент или изнутри, или извне в его психику (или в его тело) внедряется болезненный процесс, который изменяет личность человека и тогда начинается психоз. Человек, конечно, какое-то время может бороться с болезнью, но это трудное дело, болезнь сильнее. Такая, например, концепция заболевания человека психозом. В этой модели есть слишком резкий поворот между периодом до болезни и началом болезни, после которого жизнь человека резко изменяется.

Другая модель заболевания происходит из психосоматического подхода в медицине. Он состоит в утверждении, что психика и тело являются некоторым единым образованием, и соответственно, нет чисто физических, и чисто психических заболеваний. Заболевание человека, с этой точки зрения, — это некоторый финал его жизни. Поэтому образ жизни и

болезнь соединяет прямая линия. В этом случае врач, встречаясь с болезнью, изучает психотип человека, его жизнь и пытается понять, как его психическая организация, его образ жизни и его история жизни закономерно приводят к болезни. И если болезнь есть финал истории жизни и образа жизни, то при организации реабилитации данного больного мы обращаемся к изучению его психологии. Поэтому реабилитация в рамках этой модели болезни — это организация осознания пациентом своей личности и образа жизни и их перестройка, если пациент не хочет дальнейшего развития своей болезни.

Итак, в рамках первой модели болезни, она неожиданно происходит (внедряется извне или изнутри), изменяя линию жизни человека, и остается только избавиться от этой болезни (или лечить ее), или адаптироваться к ней, научиться жить рядом с болезнью, а может даже подружиться с болезнью, чтобы не обижать друг друга. Ты даешь жить ей, а она дает жить тебе. Такой подход к реабилитации можно найти в советской психиатрии, а также отчасти в теории болезни анонимных алкоголиков (американского происхождения, а американская культура где-то слишком напоминает нам культуру СССР). Действительно, если болезнь — это часть меня самого, то нужно ее знать, понимать и жить с ней дружно. Тогда задача реабилитации состоит не только в том, чтобы бороться с болезнью, но и в том, чтобы понимать и изучать ее, чтобы она не причинила большего вреда.

Промежуточная модель заболевания представляет следующую картину: болезнь, конечно, была с самого начала и постепенно прогрессировала, но также существовали определенные адаптационные и компенсаторные механизмы, которые задерживали эту болезнь внутри человека. Но с течением времени напряжение усиливалось и произошел срыв (например, в психотическую реальность). Здесь реабилитационный подход в себе сочетает возможности двух предшествующих моделей. В наркологии более аутентичной является вторая модель болезни и на ней особенно важно строить экзистенциально ориентированную реабилитацию наркологических больных.

Исходя из всего вышесказанного, направления реабилитации можно представить как протекающие на нескольких уровнях. Прежде всего, можно говорить о биологической реабилитации (при необходимости таковой), затем, о внешней, технической реабилитации или помощи в реабилитации. Здесь, например, задача может состоять в том, чтобы научить инвалида пользоваться протезами, пользоваться инвалидной коляской и т.п. Нейропсихологические методы реабилитации тоже, вероятно, следует отнести к этому

уровню. Третий уровень реабилитации представляет собой реабилитация социальная. Здесь большое значение имеет дестигматизация (например, на Западе прошло ряд агитационных программ, защищающих социальные права инвалидов, психических больных). И, наконец, четвертый уровень реабилитации относится к непосредственно внутренним и экзистенциальным факторам и процессам реабилитации. Направления реабилитации здесь могут быть разными. В этой связи следует отметить, что всякая хорошая и глубокая психотерапия является и развивающей психическую организацию и личность индивида, она поэтому является также и реабилитацией личности пациента. То есть психотерапия так или иначе разрушает все старые, ригидные психические структуры и интегрирует новые. Наконец, важно отметить, что в критических ситуациях реабилитация часто происходит спонтанно и тогда задача врача состоит хотя бы в создании внешних условий для внутренних процессов реабилитации. И все же, выделение уровней реабилитации еще не дает нам представления о некоторой целостности реабилитации, о ее сущности или, так сказать, о ее некоторой ядерной структуре. И основой для ее понимания является именно психологическая реабилитация.

\*\*\*

В современной наркологии не существует какого-то определенного различия между лечением и реабилитацией пациента. Не совсем понятно и что же такое собственно лечение. В реальных клинических ситуациях «лечение» обычно включает в себя детоксикацию организма и поддерживающую лекарственную терапию (например, психотропными препаратами) в состоянии абстиненции. Интересно, что когда наркологи встретились с нехимическими видами зависимости (например, с игровой зависимостью), они стали применять здесь те же способы лечения, что и при алкоголизме, наркомании и т.п. (детоксикацию и т.п.), то есть использовали уже усвоенные ими стандартные способы лечения. Это говорит о том, что саму проблему зависимостей они понимают очень поверхностно. Они видят лишь внешние, биосоциально выраженные симптомы, лишь вершину айсберга, но не понимают и не могут понять (в силу своей специфической профессиональной квалификации) ту психологическую основу, изнутри которой эти симптомы растут. И реабилитация понимается в наркологии преимущественно также, как и в советской психиатрии говорили, прежде всего, о социальной реабилитации психических больных. Реабилитация начинается после лечения и представляет собой самый разнообразный конгломерат соци-

ально-психологических мероприятий, включающих формально и какие-то виды психотерапии, информационное консультирование и т.п.

До сих пор медицина ориентировалась на биологическую ценность жизни (здоровье). Но в 60-е годы прошлого века в западной культуре развиваются новые ценности, ориентированные на качество жизни. Скоро и в психиатрии появляются исследования о качестве жизни психических больных. Так, шаг за шагом в медицине начинает рефлектироваться и приниматься ценность психического и духовного уровня жизни пациентов. На этом аксиологическом уровне, на такой ценностной основе только и может быть обоснована реабилитация в наркологической клинике.

В целом же процесс реабилитации в наркологической клинике следует понимать не только на уровне социальной реабилитации. Реабилитация здесь — это восстановление пациента к новой жизни, новому уровню жизни, жизни его личности и самосознания. Исходя из того, что прежняя жизнь и ее образ были неадекватными, неаутентичными и даже ложными, то возникает реабилитационная задача найти новые источники жизни, новые ее ценности внутри самосознания индивида и восстановить его к новой жизни. Для этого необходим глубокий анализ личной истории пациента и систематическая организация его самоосознания. Здесь, конечно, важен анализ и учет реабилитационного потенциала пациентов, но не в количественном измерении, которое, например, предлагает Т.Н. Дудко<sup>11</sup>. Такого рода оценка пациентов — это лишь их ранжирование по уровню «социальной деградации» и еще, разве что, по мере привыкания к наркотику (алкоголю и т.п.). На такой основе строится врачебный прогноз, который, в сущности, является лишь самозащитой наркологов, их способом самооправдания своей некомпетентности.

В действительности, реабилитационный потенциал пациента нужно оценивать прежде всего, в позитивном ключе. Социальная деградация, отчуждение пациента от социальных институтов могут означать и закономерные проявления характера психического развития индивида. Они могут стать и основой развития личности пациента (вспомним в этой связи Достоевского, подходы к проблеме групп анонимных алкоголиков и т.п.). Для качественного определения реабилитационного потенциала необходимо оценить психотип пациента, его личную

историю, его семейную и социальную ситуацию и т.п. В таком случае, этот аналитический материал может стать основой для проектирования реабилитационного процесса. Качества реабилитационного потенциала связаны также с психологическим возрастом пациента. Известно, например, что алкоголизация часто сопутствует наступлению, так называемой, «середины жизни», поэтому лечить здесь необходимо не симптом, символизирующий кризис перехода на новую жизненную стадию, а важна психологическая помощь пациенту осуществить этот жизненно важный переход.

Не менее важно анализировать и терапевтически использовать также реабилитационный потенциал, содержащийся в бытовых и клинических ситуациях пациента. Это значит, что реабилитационный процесс должен запускаться с самого начала поступления пациента в клинику, перед началом детоксикации, во время ее осуществления и далее. Все этапы лечения и особенно те, в которых пациенты испытывают дискомфорт, должны быть аналитически исследованы с точки зрения их возможного реабилитационного потенциала как специфические условия для организации психотерапии и т.п. Каждое применение определенного медицинского препарата может быть исследовано в контексте осуществления соответствующего реабилитационного процесса. Например, нужно задать вопрос: какое реабилитационное значение может иметь использование данного психотропного препарата или какое значение для реабилитации имеет улучшение общего состояния пациента после приема такого лекарства.

Таким же образом важно оценивать реабилитационный потенциал существующих психологических (психотерапевтических) методов, техник и стратегий. Здесь важно иметь правильное представление о психотерапии. Во врачебной, а часто и в психологической, среде психотерапия понимается на уровне методик. Врачи по старым привычкам описывают некоторые способы лечения по определенным методикам. Но это совершенно неверное представление о психотерапии. Последняя в действительности представляет собой нечто целое, несмотря на все разнообразие и различие подходов и элементов современной психотерапии, они глубоко взаимосвязаны и входят в некое развивающееся целое. Но это целое можно аналитически разложить на значимые элементы и представить в виде парадигматической структуры, которая может стать важнейшим потенциалом реабилитационного процесса<sup>12</sup>.

Сегодня наркологическое «лечение» часто пре-

<sup>11</sup> Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Автореф. на соиск. уч. ст. ... д-ра мед. наук. М., 2003.

<sup>12</sup> Олешкевич В.И. История психотехники. М.: Академия, 2002.

вращается в «очищение» организма и облегчение протекания абстинентного синдрома, то есть, становится специфической медицинской услугой по облегчению боли и психического дискомфорта. Весь этот фрустрационный реабилитационный потенциал совершенно не используется в терапевтической функции. Когда об этом говоришь наркологу, то он только возмущается: «Но ведь за это мне и платят!». И это действительно так, поскольку пациенты больше ничего от него и не ожидают. Это и есть срочная наркологическая помощь в трудной жизненной ситуации. И эта услуга востребована. Есть спрос и есть предложение.

Но организация реабилитационного процесса требует введения в работу механизмов осознания. Последнее же всегда опирается на ситуацию, внутри которой оно происходит. И наиболее продуктивными ситуациями, инициирующими процессы осознания, являются ситуации фрустрации. А наркологи эти ситуации как раз и снимают и называют это лечением. Помимо естественных ситуаций фрустрации, сопровождающих клинический процесс можно при необходимости создавать также соответствующие искусственные ситуации, например, в связи с требованиями для использования определенных психологических методов, в связи с необходимостью углубления самосознания пациента, его проработки, закрепления и испытания. Это же относится к проектированию и использованию ситуаций необходимой фрустрации в семье, в реабилитационной среде и т.п. Такого рода терапевтическими факторами во многом объясняются успехи реабилитационных программ анонимных алкоголиков, реабилитационных лагерей на природе и т.п. Получение опыта переносить ситуации фрустрации имеет и самостоятельное значение для развития личности пациентов. Но еще большее значение такие ситуации имеют для организации самосознания и на этой основе развития психической организации и личности зависимых пациентов.

Ситуации фрустрации выполняют также функцию определенного отрицательного подкрепления некоторых наклонностей, привычек, потребностей (неудовлетворение потребностей) и т.п. пациентов. Они создают не только условия для самоосознания, но и формируют важные толерантности к фрустрации у индивида. Но на самом деле, в организации реабилитационного процесса могут использоваться самые различные формы подкрепления. Что-то может вовсе не подкрепляться (оставаться без внимания), где-то может быть продуктивно наказание (или самонаказание), а где-то положительное подкрепление.

Последнее в различных формах особенно важно использовать по отношению к процессам и результатам осознания, для их стимулирования, усиления и закрепления. То же самое относится к наблюдаемым процессам испытания результатов осознания, принятых решений и т.п.

В современной наркологии остро стоит проблема, так называемой, мотивации пациентов на лечение. Но при соответствующем психотехническом анализе реабилитационных ситуаций и возможностей их терапевтического использования такие проблемы достаточно оперативно решаются. Иногда здесь полезно взять за основу ситуацию ребенка в семье. Здесь мы видим, что ребенок полностью зависит от родителей и тех ситуаций его развития, которые они создают и задают своим поведением, отношением к ребенку и т.п. Манипулируя этими ситуациями, достаточно просто направить развитие ребенка в нужное русло. Конечно, это возможно только в условиях активного сотрудничества психолога с семьей. При таком подходе всегда можно создать необходимые условия для того, чтобы ребенок захотел меняться и запросил помощь. Такого рода условия являются одновременно достаточно продуктивными для организации интенсивного развития детей.

По такому образцу часто можно подходить и к организации реабилитации подростков, взрослых наркоманов, алкоголиков и т.п. Это, в частности, связано с тем, что в структуре личности таких пациентов почти всегда присутствует выраженный паттерн инфантилизма, с которым и приходится работать, оперируя внешними и внутренними условиями, организующими функционирование и развитие индивида. И оперируя такими факторами, всегда можно нащупать те условия, внутри которых пациент «захочет лечиться».

При организации психологической реабилитации пациентов с различного рода зависимостями важно использовать двойственную онтологию, а именно, онтологию сознания и бихевиоральную онтологию<sup>13</sup>. При этом осознание необходимо организовывать на основе регрессии самосознания к некоторым его устойчивым и базовым структурам системным конфликтам и т.п. И здесь психотехника осознания должна быть поставлена в соответствие психотехнике организации его условий (различного рода фрустрациям и т.п.). Но одного самосознания здесь часто бывает недостаточно. Тогда оно должно быть еще испытано в различных организуемых и контролируемых условиях. И процессам испытания

<sup>13</sup> Олешкевич В.И. Указ. соч.

самосознания должна быть поставлена в соответствие соответствующая психотехника подкрепления. Но и этого тоже еще иногда недостаточно. В таких случаях, результаты испытания самосознания, например, в деятельности, должны быть затем проанализированы и скорректированы с двух сторон, со стороны глубины и широты охвата осознания и со стороны его эффективности или способности реализации актов осознания в деятельности и в поведении. Эта корректировка может быть завершена на следующем уровне психотехнической реорганизации сознания пациента. Это уровень рациональной проработки осознанного материала (структуры идентификаций самосознания, его проекций и т.п.) и реорганизации идентификаций и идентичности пациента. На основе такой внутренней проработки материалов самоосознания, может быть построена новая ориентировка индивида в его психических и социальных реальностях. И затем эта ориентировка может быть шаг за шагом отработана. Таким образом, здесь речь может идти как о внутренней ориентировке индивида в мире своего сознания, так и о его внешней ориентировке в социальной реальности.

В результате такой трансформации психики пациента, мы получим некоторый новый образ себя, образ жизни или стиль жизни со своими ценностными ориентациями, психодинамикой и структурой идентичности. А в отработке такого нового стиля жизни могут быть задействованы также психотехники научения, раз-учивания, пере-учивания и т.п. Конечно, не всегда существует необходимость проходить шаг за шагом все эти стадии реорганизации сознания. Иногда оказывается достаточно одной организации глубокого самосознания, которое может автоматически приводить к трансформации личности индивида. Здесь все зависит от индивидуальности пациента, а также от условий и обстоятельств, в которых он оказался на данной стадии его жизни и которые определяют его реабилитационный потенциал, а также способы и направления организации его реабилитационного процесса.

Собственно лечение в современной наркологии может пониматься по-разному. Сюда обычно включается детоксикация, лечение сопутствующих заболеваний (печени, сердца и т.п.), лекарственное регулирование настроения, психосоматических состояний пациентов и т.п. Но в любом случае, психологическая реабилитация — это работа совершенно иного уровня. У нее иные цели, задачи и средства их осуществления. Прежде всего, реабилитация должна

с самого начала надстраиваться над лечебным процессом. Последний является только материалом, которым пользуется реабилитация. Клиническая ситуация лечебного процесса также задает некоторый диапазон реабилитационного потенциала, который может быть использован при организации психологической реабилитации, на которую врач должен ориентироваться с самой первой встречи с пациентом.

Когда мы говорим о реабилитации наркологических пациентов, то речь идет, прежде всего, о психологической реабилитации. Лечение, соматическая «реабилитация» могут здесь стать только тем материалом, на основе которого организуются процессы психологической реабилитации. И такого рода клинический материал часто создает достаточно благоприятные условия для организации на его основе реабилитации собственно психологической. Нечто подобное следует иметь в виду также и в отношении социальной реабилитации, а также иным возможным видам реабилитации. Социальная реабилитация должна быть организована или на основе уже осуществленной психологической реабилитации, или же, в иных случаях, представлять только средство или материал для реабилитации психологической.

Таким образом, реабилитация — это не просто залечивание ран, социальное или психологическое латание некоторых дыр. Это, конечно, и не просто социализация. Психологическая реабилитация, которая является ядром, вокруг которого организуются все иные реабилитационные мероприятия и процессы, представляет собой специфическую реорганизацию структуры сознания и личности пациента. Также как и всякая хорошая психотерапия, психологическая реабилитация должна представлять некую процедуру реорганизации развития сознания и личности пациента. Она не просто восстанавливает прежний социальный статус индивида, но организует его психосоциальное восстановление к жизни на новом, более расширенном психологическом уровне его функционирования и развития, аутентичных индивидуальности человека, которую он потерял, впад в зависимость.

Психологическая реабилитация отталкивается от понимания той функции, которую выполняет аддиктивное поведение в структуре самосознания и в саморегуляции личности пациента, затем организует процесс самосознания, раскрывает скрытые психологические ресурсы пациента и его индивидуальность. Это та психологическая основа, открытие которой может запустить естественные и имманентные для

психики пациента процессы самореабилитации. Таким образом, можно сказать, что психологическая реабилитация — это восстановление жизнеспособности индивида на более целостной и аутентичной психологической почве.

Подводя итоги, можно выделить следующие уровни или грани формирования реабилитационного потенциала в наркологии для организации психологической реабилитации:

- 1) Биологический уровень (детоксикация, лекарственная поддержка во время детоксикации, лечение сопутствующих соматических и иных заболеваний, последующая за детоксикацией лекарственная поддержка, которая может иметь различные функции и т.п.) и его максимальное использование для организации психологической реабилитации
- 2) Социальная реабилитация и ресоциализация и использование ее материала для психологической реабилитации.
- 3) Психологическое консультирование (психологическая помощь в борьбе с психологической зависимостью, помощь в решении насущных психологических проблем пациента и т.п.) и использование его материала для организации психологической реабилитации.
- 4) Психосоциальная экологическая психотерапия состоит в проектировании наиболее адекватных социально-психологических условий и их осуществление в реальности, способствующих социально-психологической и личностной реабилитации пациента (сюда входит работа с семьей, бихевиоральная психотерапия и т.п.). Ее также важно использовать для организации ситуаций самоосознания и последующей реорганизации сознания пациента.
- 5) Телесно ориентированный и психоэнергетический уровень психотерапии (работа с психосоматикой, телесно ориентированная психотерапия, работа с дыханием и т.п.) и использование его материала для организации психологической реабилитации.
- 6) И собственно экзистенциальный уровень рабо-

ты, относящийся уже непосредственно к психологической реабилитации, он может осуществляться различными путями и иметь следующие грани, в зависимости от того, реабилитационный потенциал каких экзистенциальных ситуаций будет использоваться. Это, например, а) организация самосознания пациентом собственной индивидуальности, организация ее принятия и построение аутентичного собственной индивидуальности нового образа жизни; б) опираясь на ситуацию потери, организация самоосознания пациентом незавершенных в его жизни ситуаций, индивидуальных ценностей, стиля и цели жизни и построение нового, аутентичного для пациента стиля жизни; в) организация самосознания в экзистенциальной ситуации на пороге, встреча и диалог со смертью, танатотерапия и организация радикального осознания и переосмысления пациентом собственной жизни и личности.

Очень важно, чтобы процесс реабилитации начинался сразу с момента попадания пациента в клинику или на амбулаторный прием. С нашей точки зрения, основой реабилитационного процесса должен быть уровень экзистенциальной реабилитации, так что реабилитационный процесс должен запускаться по возможности снизу вверх, тогда все высшие уровни реабилитации будут обслуживать процесс экзистенциальной реабилитации.

Методология такого рода психотехнического анализа организации психологической реабилитации и проектирования наиболее эффективных процессов психологической реабилитации с успехом может быть использована и в других областях медицины. И не только медицины. Ее можно использовать также при проектировании психологически эффективных реабилитационных программ для решения широкого круга социальных задач, связанных с реабилитацией инвалидов, безработных, бездомных, бывших заключенных, жертв насилия, психологических последствий посттравматических стрессовых расстройств и т.п.

### Список литературы:

1. Адлер А. Наука жить. К.: Port-Royal, 1997а.
2. Воловик В.М. Проблема ранней реабилитации психических больных и некоторые пути ее практического решения // Ранняя реабилитация психических больных. Л., 1984. С. 5-16.
3. Воловик В.М., Семичов С.Б. Теоретические основы реабилитации в полустационарных условиях // Полустационарные формы психиатрической помощи / Под ред. С.Б. Семичова. Л.: Медицина, 1988. С. 37-58.

4. Гуревич И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожилова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М, 2004.
5. Гуревич И.Я. Роль дневных (ночных) стационаров // Полустационарные формы психиатрической помощи / Под ред. С.Б. Семичова. Л.: Медицина, 1988. С. 59-80.
6. Джекобсон Дж. Преимущества полимодального подхода к пониманию аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000. С. 196-212.
7. Друес Й. Эффективность психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. Том 15. Вып. 1. 2005. С. 100-104.
8. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Автореф. на соиск. уч. ст. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
9. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. Л.: Медицина, 1985.
10. Кабанов М.М. Рецензия на книгу А. Плегера «Терапевтическое сообщество в психотерапии и социальной психиатрии» (Штуттгарт, 1972) // Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975. С. 119-123.
11. Ковалев В.В. Психический дизонтогенез как клиничко-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста // Журн. невропатол. и психиатр. 1981. Вып. 10. С. 1505-1509.
12. Коцюбинский А.П. Контингенты и организация работы дневных (ночных) стационаров // Полустационарные формы психиатрической помощи / Под ред. С.Б. Семичова. Л.: Медицина, 1988. С. 81-103.
13. Лэинг Р. Расколотое «я». СПб: Белый кролик, 1995.
14. Люрссен Э. Проблема наркомании с точки зрения современного психоанализа // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. М.: Когито-Центр, МГМ, 2001. С. 103-133.
15. Малахов Б.Б. Лечебно-трудовые мастерские психоневрологических диспансеров // Полустационарные формы психиатрической помощи / Под ред. С.Б. Семичова. Л.: Медицина, 1988. С. 143-168.
16. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Московского университета, 1987.
17. О'Брайен Б. Необыкновенное путешествие в безумие и обратно: Операторы и Вещи. М.: Класс, 1996.
18. Олешкевич В.И. Индивидуальная психология и психотерапия Альфреда Адлера. Учебное пособие. М.-Обнинск, 2010.
19. Олешкевич В.И. История психотехники. М.: Академия, 2002.
20. Полустационарные формы психиатрической помощи / Под ред. С.Б. Семичова. Л.: Медицина, 1988.
21. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: монография. М.: Эскиммо-Пресс, 2000.
22. Сэбшин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000. С. 13-27.
23. Финзен А. Психоз и стигма. — М.: Алетейя, 2001.
24. Херст Д.М. «Переходные» и «аутические» феномены при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. М.: Класс, 2000. С. 183-195.
25. Юнг К. Г. Практика психотерапии. М.: АСТ; СПб: Университетская книга, 1998.

### **References (transliteration):**

1. Adler A. Nauka zhit'. K.: Port-Royal, 1997a.
2. Volovik V.M. Problema ranney rehabilitatsii psikhicheskikh bol'nykh i nekotorye puti ee prakticheskogo resheniya // Rannaya rehabilitatsiya psikhicheskikh bol'nykh. L., 1984. S. 5-16.
3. Volovik V.M., Semichov S.B. Teoreticheskie osnovy rehabilitatsii v polustatsionarnykh usloviyakh // Polustatsionarnye formy psikhiatricheskoy pomoshchi / Pod red. S.B. Semichova. L.: Meditsina, 1988. S. 37-58.
4. Gurevich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhilova Ya.A. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya rehabilitatsiya v psikhiiatrii. M.: ID Medpraktika-M, 2004.
5. Gurovich I.Ya. Rol' dnevnykh (nochnykh) statsionarov // Polustatsionarnye formy psikhiatricheskoy pomoshchi / Pod red. S.B. Semichova. L.: Meditsina, 1988. S. 59-80.
6. Dzh Jakobson Dzh. Preimushchestva polimodal'nogo podkhoda k ponimaniyu addiktivnogo povedeniya // Psikhologiya i lechenie zavisimogo povedeniya / Pod red. S. Daulinga. M.: Klass, 2000. S. 196-212.
7. Drues Y. Effektivnost' psikhosotsial'noy rehabilitatsii // Zh-l Sotsial'eyaya i klinicheskaya psikhiiatriya. Tom 15. Vyp 1. 2005. S. 100-104.

8. Dudko T.N. Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya bol'nykh narkomaniey. Avtoreferat na soiskanie uchenoy stepeni doktora meditsinskikh nauk. M., 2003.
9. Kabanov M.M. Reabilitatsiya psikhicheskikh bol'nykh. L.: Meditsina, 1985.
10. Kabanov M.M. Retseziya na knigu A. Plegera «Terapevticheskoe soobshchestvo v psikhoterapii i sotsial'noy psikhiiatrii» (Shtuttgart, 1972) // Gruppovaya psikhoterapiya pri nevrozakh i psikhozakh. L., 1975. S. 119-123.
11. Kovalev V.V. Psikhicheskiy dizontogenez kak kliniko-patogeneticheskaya problema psikhiiatrii detskogo vozrasta // Zhurn. nevropatol. i psikhiatr. 1981. Vyp. 10. S. 1505-1509.
12. Kotsyubinskiy A.P. Kontingenty i organizatsiya raboty dnevnykh (nochnykh) statsionarov // Polustatsionarnye formy psikhiiatricheskoy pomoshchi / Pod red. S.B. Semichova. L.: Meditsina, 1988. S. 81-103.
13. Leing R. Raskolotoe «ya». SPb: Belyy krolik, 1995.
14. Lyurssen E. Problema narkomanii s tochki zreniya sovremennogo psikhooanaliza // Entsiklopediya glubinnoy psikhologii. T. 2. M.: Kogito-Tsentr, MGM, 2001. S. 103-133.
15. Malakhov B.B. Lechebno-trudovye masterskie psikhonevrologicheskikh dispanserov // Polustatsionarnye formy psikhiiatricheskoy pomoshchi / Pod red. S.B. Semichova. L.: Meditsina, 1988. S. 143-168.
16. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoy bolezni na psikhiku. M.: Izd-vo Moskovskogo universiteta, 1987.
17. O'Brayen B. Neobyknovennoe puteshestvie v bezumie i obratno: Operatory i Veshchi. M.: Klass, 1996.
18. Oleshkevich V.I. Individual'naya psikhologiya i psikhoterapiya Al'freda Adlera. Uchebnoe posobie. M.-Obninsk, 2010.
19. Oleshkevich V.I. Istoriya psikhotehniki. M.: Akademiya, 2002.
20. Polustatsionarnye formy psikhiiatricheskoy pomoshchi / Pod red. S.B. Semichova. L.: Meditsina, 1988.
21. Rodzhers K.R. Konsul'tirovanie i psikhoterapiya. Noveyshie podkhody v oblasti prakticheskoy raboty: monografiya. M.: Eskimo-Press, 2000.
22. Sebshin E. Psikhooanaliticheskie issledovaniya addiktivnogo povedeniya // Psikhologiya i lechenie zavisimogo povedeniya / Pod red. S. Daulinga. M.: Klass, 2000. S. 13-27.
23. Finzen A. Psikhoz i stigma. M.: Aletyya, 2001.
24. Kherst D.M. «Perekhodnye» i «auticheskie» fenomeny priaddiktivnom povedenii. // Psikhologiya i lechenie zavisimogo povedeniya / Pod red. S. Daulinga. M.: Klass, 2000. S. 183-195.
25. Yung K.G. Praktika psikhoterapii. M.: AST; SPb: Universitetskaya kniga, 1998.